

同意書

年 月 日

国保依田窪病院
病院長 殿

同意人

◇住所

◇氏名

印

◇受傷者との続柄（ ・本人 ・配偶者 ・親権者 ・法定代理人 ）

私は、 年 月 日発生事故において受傷した傷病について、

の社員またはその委託を受けた
者へ下記の情報の提供を行うことに同意致します。

記

1. 私の傷病に関する診断書を作成し、提供すること。
2. 私の傷病に関する診療報酬明細書及び証明書等を作成し、提供すること。

尚、本同意書の写しも本同意書と同様の効力があるものと認めます。